

Afraid of being disliked : from distorted cognitions to interpersonal problems in social phobia

Citation for published version (APA):

Voncken, M. J. (2006). *Afraid of being disliked : from distorted cognitions to interpersonal problems in social phobia*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Datawyse / Universitaire Pers Maastricht. <https://doi.org/10.26481/dis.20060203mv>

Document status and date:

Published: 01/01/2006

DOI:

[10.26481/dis.20060203mv](https://doi.org/10.26481/dis.20060203mv)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Summary

Social phobia, or social anxiety disorder, is a persistent and excessive anxiety about being disliked by others. Patients are highly concerned about the impression they leave on others and presume that this impression is negative. Social phobia is the most prevalent anxiety disorder and the third most prevalent mental disorder after depression and alcohol abuse. According to cognitive models, patients with emotional disorders process information in a distorted way. Such problems in information processing would maintain the disorder and, if corrected, reduce complaints. In this thesis, three different types of cognitive biases in social phobia are investigated, interpretation and judgmental biases, biases regarding social performance and biases concerning interpersonal behavior. In addition, a cognitive treatment is evaluated that was developed specifically to address the core cognitive biases in social phobia.

Interpretation and Judgmental Biases

One basic assumption of the cognitive model is that cognitive biases are content specific. That is, these biases are restricted to key areas related to the disorder, for instance in social phobia: the social situations. In line with previous studies, the study presented in chapter 2 shows this content specificity to be present in social phobia. That is, patients with social phobia interpreted social situations more negatively and estimated higher probability and costs for negative social situations than participants without social phobia. In contrast, the non-social situations were interpreted and judged in the same way by both groups. Thus, the biases in the social phobia group were specific for social situations and not for non-social situations.

Comorbid depression, one of the major comorbid disorders in social phobia, might have accounted for the content specific biases in social phobia found in chapter 2. The fact is that depression is also characterized by cognitive distortions in social situations. Nevertheless, chapter 3 demonstrates that social phobic and depressed patients do show a distinct pattern in biases across social and non-social situations. Depressive symptoms related to general biases, i.e., the biases were both present in social as well as in non-social situations. In contrast, social phobic symptoms related to biases for social situations but not for non-social situations. Moreover, depressive symptoms in social phobic patients increased biases in both social and non-social situations. This implicates that establishing a primary diagnosis in patients with mixed depression and social anxiety is meaningful. Furthermore, treatment for patients with social phobia with co-morbid depression should also address biases in non-social situations.

Biases Regarding Social Performance

Not only do recent cognitive models of social phobia assume that social phobic patients suffer from interpretation and judgmental biases, they also propose that social phobic patients suffer from a biased perception regarding their social performance. In the study described in chapter 4, social phobic patients conversed with two confederates and gave a speech in front of two confederates. The confederates rated anxiety symptoms and social skills of the participants and the participants estimated how the confederates would judge them. As expected, the social phobic patients underestimated their social skills and overestimated their anxious appearance.

The study did not only find that social phobic patients suffer from biases regarding their social performance but also that social phobic patients show actual performance deficits. That is, during both conversation and speech, the confederates detected more anxiety symptoms in the patient group than in the normal control group. In addition, patients with social phobia were rated as less socially skilled than the normal control group during the conversation. This was not the case during the speech; the skills of both groups were equal. Remarkably, the social skill problem of the patients with social phobia during the conversation specifically concerned interpersonal skills such as, making contact, listening, showing interest and being responsive. This indicates that the social phobic patients lack a specific kind of social skills: interpersonal skills.

Next to the social performance problems, social phobic patients also showed to suffer from physiological problems. That is, patients with social phobia blushed more prior to the social tasks than the normal control group. This was surprising as prior studies were not able to detect differences in physiological blushing between participants with and without social phobia. Moreover, this was the first study to find a relation between physiological responses on the one hand and self-report and observers ratings of blushing on the other hand. This shows, in contrast to prior studies, that people are able to detect their own physiological blush response and that others are able to observe blushing in others.

In short, this study shows that, next to biases regarding to their own social performance, social phobic patients suffer from actual performance deficits. Thus, the belief of social phobic patients of being detected as more anxious and socially inapt is partly realistic. Therefore, this implies that treatment should not only aim at changing biases regarding social performance but also aim at changes in anxious appearance and social skills.

Biases Regarding Interpersonal Behavior

As patients with social phobia are essentially afraid of being negatively evaluated, it is assumed that they engage in behavior to forestall such negative evaluations. Such behaviors are defined as safety behaviors. A prominent type of safety behavior is hiding ones anxiety, such as avoiding eye contact or hiding trembling hands. The cognitive model proposes that such safety behaviors have the contradictory effect of eliciting negative evaluations in others. It may be that socially anxious individuals believe, incorrectly, that such safety behaviors will forestall negative responses.

The opposite behavior of hiding ones anxiety is acknowledging anxiety. A body of studies has shown that people who are self-disclosive are liked more than people who are not. Acknowledging ones anxiety, like making a remark about ones blush, might therefore elicit a positive response in others. There are indications that patients with social phobia are less self-disclosive than others. Possibly, socially anxious individuals erroneously belief that acknowledging ones anxiety evokes negative responses.

Chapter 5 investigates biases regarding the two mentioned kinds of interpersonal behavior, hiding ones anxiety and acknowledging ones anxiety. Participants received written scenarios in which a target person experiences social anxiety and either tries to hide the anxiety or acknowledges the anxiety. The participants rated in each scenario how others would judge themselves as target persons or others. As expected, the safety behavior hiding anxiety elicited a negative evaluation by the participants. In contrast, acknowledgment of anxiety elicited a positive evaluation. Against expectations, no relation was found between social anxiety and a bias regarding hiding anxiety. However, social anxiety did relate to a bias regarding acknowledgment of anxiety. Apparently, socially anxious participants believed that when others were open about their anxiety this would not elicit a negative evaluation. Yet, when they *themselves* were open about their anxiety this would elicit a negative evaluation. This belief might lead social phobic patients to be less open than others about their anxiety feelings. Correcting this bias in treatment may contribute to more positive interaction patterns of patients with social phobia.

Modifying the Core Anxiety in Social Phobia

Chapter 6 presents a short (nine sessions), highly structured cognitive treatment for social phobia. This treatment aims at changing the core anxiety in social phobia. In the discussion (chapter 7) it is argued that the core fear in social phobia consists of biases regarding the social consequences of social mishaps (for example: people think I am weak if I blush or people think I am stupid if I stutter).

Prior to treatment, each patient together with the therapist formulates five idiosyncratic social situations. Each social situation consists of a social mishap the patient fears, such as blushing, stuttering or a silence in conversation. Next, the patient describes how others would, in their view, interpret this behavior (e.g., others think I am weak, weird, boring). The treatment exists of three basic techniques that aim at changing interpretation bias regarding the consequences of social mishaps, the probability of negative evaluation and the cost of negative evaluation. Furthermore, the treatment focuses on behavioral experiments in which patients test their interpretations and judgments in the real world.

The first results with thirteen social phobic patients shows that the treatment effectively reduced social anxiety (effect-size 1.4). This effect was especially high considering that this treatment only consisted of nine sessions. This result seems to indicate that a solely intervention in interpretation and judgmental biases in social phobia is able to reduce social anxiety complaints. Next to the effectiveness of the treatment, the treatment seemed highly accessible for patients due to its simplicity and short duration.

Discussion

In chapter 7 the findings of the previous chapter are discussed. An important conclusion in this thesis is the necessity of differentiating between two types of biases in social phobia. The first bias (type I) refers to biases regarding the occurrence of social mishaps as blushing or stuttering. The second bias (type II) refers to the negative consequences of these social mishaps (type II). It may not be the overestimation of the occurrence of social mishaps (type I) that reflects the core fear in social phobia. After all, chapter 4 shows that social phobic patients do make more social mishaps, as they were judged as more anxious and less skilled than the normal control subjects. It is argued that the core fear of social phobia would primarily consist of the overestimation of the consequences of these mishaps: the overestimation of probability and cost of negative evaluation due to social mishaps as blushing and stuttering (type II). Such overestimations of the consequences of social mishaps would be the core fear in social phobia as, for instance, blushing will only become fear evoking if one estimates that the negative consequences of blushing are high.

Another important topic in the discussion is the interpersonal view on social phobia. In this thesis four notable findings emerged that lead to the consideration of a interpersonal problem in social phobia. First, patients with social phobia mainly showed a skills deficit in interpersonal behavior (chapter 4). Second, hiding ones anxiety (a behavior social phobic patients often use) was negatively evaluated by others (chapter 5). Third, a relation was found between social anxiety and biases regarding being open about ones anxiety

(chapter 5). Such a bias could have interpersonal consequences as openness, e.g., self-disclosure, is related to being liked by others. Last, previous studies show that socially anxious individuals are less liked than their non-socially anxious counterparts. Linking all these findings together lead to a conceptualization of social phobia as not only characterized by cognitive biases but also characterized by an interpersonal inadequacy. Such an interpersonal inadequacy might lead social phobic patients to elicit a negative impression in others. Changing the interpersonal problems of social phobic patients might add to the current cognitive treatment of social phobia. Such changes could be achieved by making patients with social phobia more aware of the negative effect of their safety behaviors on others and the positive effect of self-disclosure in social interaction.

Conclusion

This thesis identified three types of cognitive biases that play an important role in the maintenance of social phobia: interpretation and judgmental biases regarding social events, the overestimation of an anxious appearance and underestimation of social skills, and the belief that being open about ones social anxiety leads to a critical evaluation by others. Moreover, this cognitive approach to social phobia led to the development of an effective treatment that addresses core biases in social phobia. This thesis did not only add to the development of the cognitive model of social phobia but also suggests critical interpersonal problems social phobic patients suffer from. This gives rise to a cognitive interpersonal approach to social phobia and proposes for intervention in negative interpersonal cycles of social phobic patients.

Samenvatting

Sociale fobie, ofwel sociale angststoornis, is een buitensporige, aanhoudende angst om negatief geëvalueerd te worden door anderen. Cliënten met deze angststoornis zijn buitengewoon bezorgd welke indruk ze op anderen achterlaten en veronderstellen dat deze indruk negatief is. Sociale fobie is de meest voorkomende angststoornis en de derde meest voorkomende mentale stoornis na depressie en alcoholmisbruik. Cognitieve modellen stellen dat cliënten met emotionele stoornissen informatie op een verstoorde manier verwerken. Deze verstoorde informatieverwerking zou de klachten in stand houden en, wanneer gecorrigeerd, de klachten verminderen. In dit proefschrift worden drie verschillende typen denkfouten in sociale fobie onderzocht: denkfouten in het interpreteren en beoordelen van situaties, denkfouten over sociale prestaties en denkfouten over interpersoonlijk gedrag. Daarnaast wordt een behandeling geëvalueerd die tot specifiek doel heeft kern denkfouten in sociale fobie te veranderen.

Denkfouten in Interpreteren en Beoordelen van Situaties

Een van de basis aannames van het cognitieve model is dat denkfouten inhoudsspecifiek zijn. Dat wil zeggen dat denkfouten beperkt blijven tot het specifieke domein van de stoornis, bijvoorbeeld in geval van sociale fobie: de sociale situaties. In aanvulling op eerder onderzoek werd dit in hoofdstuk 2 inderdaad gevonden. Cliënten met een sociale fobie verwachtten in sterkere mate een negatieve evaluatie door anderen in sociale situaties en overschatten de kans op en de ernst van deze negatieve evaluatie in vergelijking met mensen zonder sociale fobie. Echter de niet-sociale situaties werden door de mensen met en zonder sociale fobie op dezelfde manier geïnterpreteerd en beoordeeld. De denkfouten van de cliënten met sociale fobie waren dus specifiek voor sociale situaties en waren niet aanwezig in niet-sociale situaties.

Comorbide depressie, een van de meest voorkomende comorbide stoornissen bij sociale fobie, zou de inhoudsspecifieke denkfouten in sociale fobie gevonden in hoofdstuk 2 kunnen verklaren. Depressieve cliënten vertonen namelijk ook denkfouten in sociale situaties. Desondanks laat hoofdstuk 3 toch zien dat cliënten met een sociale fobie duidelijk anders reageren op sociale en niet-sociale situaties dan cliënten met een depressie. Depressieve symptomen hingen samen met algemene denkfouten. Dat wil zeggen dat de denkfouten in zowel de sociale als de niet-sociale situaties aanwezig waren. Sociale fobie symptomen hingen echter samen met denkfouten die specifiek waren voor sociale situaties en niet voor de niet sociale situaties. Depressieve symptomen bij cliënten met een sociale fobie verhoogden daarnaast de sterkte van de denkfouten in zowel de sociale als niet sociale situaties. Dit impliceert dat het stellen van een primaire diagnose zinvol is bij cliënten met een mix

van sociale angst en depressieve symptomen. Bovendien zou in behandeling van cliënten met een hoofddiagnose sociale fobie en een co-morbide depressie ook aandacht gegeven moeten worden aan denkfouten in niet-sociale situaties.

Denkfouten over Sociale Prestatie

Cognitieve modellen van sociale fobie veronderstellen niet alleen dat cliënten met sociale fobie last hebben bij het interpreteren en beoordelen van sociale situaties, maar dat ze ook denkfouten maken over hun eigen sociale prestaties. In de studie beschreven in hoofdstuk 4 voerden cliënten met sociale fobie en mensen zonder sociale fobie een gesprekje met twee onbekenden en gaven zij een presentatie voor een publiek van twee onbekenden. Deze onbekenden beoordeelden hoe angstig de deelnemer op hen overkwam en hoe sociaal vaardig zij hem of haar vonden. De deelnemers op hun beurt werd gevraagd te voorspellen welke scores ze van hun beoordelaars zouden krijgen. Zoals verwacht voorspelden de sociale fobie cliënten, in vergelijking met mensen zonder sociale fobie, een negatievere beoordeling van hun beoordelaars dan de beoordelaars werkelijk gaven. Oftewel, de cliënten met een sociale fobie overschatten de zichtbaarheid van hun angst en onderschatten hun sociale vaardigheden.

In dit onderzoek werd niet alleen gevonden dat cliënten met een sociale fobie last hadden van denkfouten over hun sociale prestatie, er werd ook gevonden dat zij werkelijk slechter presteerden dan hun niet sociaal fobische tegenhangers. Tijdens de speech en het gesprek werden de cliënten met sociale fobie als angstiger beoordeeld dan de mensen zonder sociale fobie. Daarnaast werden de cliënten met sociale fobie slechter beoordeeld op sociale vaardigheden tijdens het gesprek dan de mensen zonder sociale fobie. De cliënten met sociale fobie werden echter niet negatiever beoordeeld tijdens de speech. Daarin verschilden de sociale vaardigheden van beide groepen niet van elkaar. Opmerkelijk was dat de sociale vaardigheidsproblemen van cliënten met sociale fobie tijdens het gesprek vooral interpersoonlijke vaardigheden betroffen, zoals contact leggen met de ander, luisteren, interesse tonen en doorvragen. Mogelijk ligt hun vaardigheidstekort vooral op interpersoonlijk vlak.

Naast problemen in sociale prestatie werd ook gevonden dat cliënten met een sociale fobie fysiologische problemen hadden. De fysiologische apparatuur laat zien dat cliënten met sociale fobie meer bloosden voordat ze begonnen met de sociale interacties dan de deelnemers zonder sociale fobie. Dit was vooral opmerkelijk omdat eerder onderzoek naar fysiologisch blozen geen verschillen aantoonde tussen mensen met en zonder sociale fobie. Bovendien was dit ook het eerste onderzoek dat samenhang vond tussen de fysiologisch

bloosmetingen enerzijds en eigen rapportage van de deelnemer en de rapportage van beoordelaars over blozen en angst van de deelnemer anderzijds. Dit geeft aan, in tegenstelling tot eerder onderzoek, dat mensen hun eigen bloosrespons kunnen voelen en dat anderen deze bloosrespons bij hen ook kunnen waarnemen.

Kortom, naast denkfouten over eigen sociale prestaties toont dit onderzoek aan dat cliënten met een sociale fobie ook werkelijk sociaal slechter presteren. Oftewel, de overtuiging van cliënten met een sociale fobie dat ze sociaal slechter presteren, is ten dele realistisch. Dit lijkt er dan ook op te wijzen dat niet alleen verandering in denkfouten maar ook de verandering in zichtbare angst symptomen en sociale vaardigheden nodig zijn bij behandeling van sociale fobie.

Denkfouten in Interpersoonlijk Gedrag

Aangezien cliënten met een sociale fobie in essentie bang zijn negatief geëvalueerd te worden, wordt verondersteld dat zij zich op een bepaalde manier proberen te gedragen om zo deze negatieve evaluatie te voorkomen. Zulke gedragingen worden veiligheidsgedragingen genoemd. Het verbergen van angst, zoals wegstijven, je trillende handen verbergen of jezelf klein maken, wordt gezien als een belangrijke vorm van veiligheidsgedragingen. Het cognitieve model van sociale fobie oppert dat juist deze veiligheidsgedragingen een averechts effect hebben en juist een negatieve evaluatie zouden uitlokken. Mogelijk maken sociaal angstige mensen de denkfout dat veiligheidsgedragingen een negatieve evaluatie voorkomen, terwijl deze gedragingen in werkelijkheid juist een negatieve evaluatie uitlokken.

Een tegenhanger van het verbergen van angst is het open zijn over je angst. Duidelijk is uit eerder onderzoek dat mensen die opener zijn over wie ze zijn en wat ze voelen aardiger worden gevonden dan mensen die daarover gesloten zijn. Openheid over je eigen angst, door bijvoorbeeld een opmerking te maken over je bloos, zou daarom misschien juist een positieve reactie van anderen kunnen ontlokken. Er zijn aanwijzingen in de literatuur dat cliënten met een sociale fobie minder open zijn dan mensen zonder sociale fobie. Misschien denken sociaal angstige mensen dat open zijn over je angst een negatieve evaluatie uitlokt terwijl het in werkelijkheid juist tot positieve evaluaties leidt.

In hoofdstuk 5 worden denkfouten over de sociale consequenties van de twee eerder genoemde soorten interpersoonlijk gedrag, veiligheidsgedragingen en openheid, onderzocht. Deelnemers beoordeelden verhaaltjes waarin hoofdpersonen zich sociaal angstig voelden. In de verhaaltjes probeerden de hoofdpersonen hun angst te verbergen of waren deze hoofdpersonen juist

open over hun angst of reageerden ze niet op hun angst. Zoals verwacht bleek dat het veiligheidsgedrag van het verbergen van je angst een negatieve evaluatie ontlokte bij de deelnemers. Open zijn over je angst werd daarentegen positief beoordeeld. Tegen de verwachting in was er geen samenhang tussen sociale angst en denkfouten over veiligheidsgedragingen. Wel werd er samenhang gevonden tussen sociale angst en denkfouten over open zijn over je angst. Sociaal angstige deelnemers leken te geloven dat wanneer anderen open zijn over hun angst dit geen negatieve reactie uitlokt. Echter als *zijzelf* open zijn over hun angst zou dit wel een negatieve reactie uitlokken. Het is dan ook voor te stellen dat mensen met sociale angst zich minder open zullen opstellen over hun angst. Het corrigeren van deze denkfout in behandeling van sociale fobie zou wellicht kunnen bijdragen aan meer positieve interactie patronen van cliënten met een sociale fobie.

Verandering van de Kern Angst in Sociale Fobie

In hoofdstuk 6 wordt een korte (negen sessies), sterk gestructureerde cognitieve behandeling voor sociale fobie gepresenteerd die er specifiek op gericht is om de kern angst van sociale fobie te veranderen. In de discussie (hoofdstuk 7) wordt beargumenteert dat de kern angst bij sociale fobie bestaat uit denkfouten over de sociale gevolgen van sociale foutjes (bijvoorbeeld: mensen vinden me zwak als ik bloos, mensen vinden me dom als ik stotter of mensen vinden me saai als ik een stilte laat vallen).

Voor de aanvang van de therapie formuleert elke cliënt samen met de therapeut vijf verschillende sociale situaties die hij/zij specifiek vreest. In elke sociale situatie komt een bepaalde sociaal foutje voor zoals blozen, stotteren of een stilte laten vallen. Daarnaast beschrijft de cliënt hoe hij/zij denkt dat anderen dit gedrag interpreteren (bv. de ander vindt mij zwak, raar, saai). De therapie bestaat uit drie basis technieken die zich richten op het veranderen van interpretatie fouten van de consequenties van sociale foutjes, het overschatten van kans op een negatieve beoordeling en het overschatten van ernst van een negatieve beoordeling. Verder wordt in deze therapie aandacht besteed aan gedragsexperimenten waarin cliënten hun eigen interpretaties en oordelen gaan testen in de werkelijke wereld buiten de behandelkamer.

De eerste resultaten met dertien sociale fobie cliënten laten zien dat de therapie effectief was in het reduceren van sociale angst (effect-size 1.4). Dit resultaat is bijzonder voor een therapie van zo'n korte duur (negen sessies). Het lijkt daarom ook dat het enkel ingrijpen in kern interpretatie en oordeelsfouten in sociale fobie sociale angst klachten kan reduceren. Naast de effectiviteit van de therapie, leek de therapie ook verhoogd toegankelijk door zijn eenvoud en korte behandelingsduur.

Discussie

In hoofdstuk 7 worden de bevindingen in de voorgaande hoofdstukken bediscussieerd. Een belangrijke conclusie van dit proefschrift is dat er onderscheid gemaakt moet worden tussen twee typen denkfouten in sociale fobie. De eerste denkfout (type I) betreft denkfouten over het maken van sociale foutjes zoals blozen, stotteren of een stilte laten vallen. De tweede denkfout (type II) betreft denkfouten over de negatieve consequenties van deze sociale foutjes. De kern angst in sociale fobie zou niet zo zeer liggen in de overschatting van het maken van sociale foutjes (type I). Immers cliënten met een sociale fobie bleken, zoals de studie in hoofdstuk 4 laat zien, inderdaad meer sociale foutjes te maken aangezien ze angstiger overkomen dan anderen en tijdens een gesprek minder goede sociale vaardigheden laten zien. Het zou dan vooral ook de overschatting van de gevolgen van zulke sociale foutjes zijn die sociale fobie kenmerken: het overschatten van de kans en ernst van negatieve evaluatie als gevolg van deze sociale foutjes (type II). Immers, alleen als iemand negatieve consequenties verbindt aan een sociaal foutje, zoals blozen, zal blozen ook angstaanjagend worden.

Een ander belangrijk thema in de discussie is de interpersoonlijke kijk op sociale fobie. In dit proefschrift zijn vier opvallende bevindingen gedaan die wijzen in de richting van een interpersoonlijk probleem in sociale fobie. Ten eerste bleek dat cliënten met een sociale fobie vooral tekort schoten in interpersoonlijke vaardigheden zoals contact leggen (hoofdstuk 4). Ten tweede, werd het verbergen van sociale angst, zoals mensen met sociale angst plegen te doen, door anderen negatief beoordeeld (hoofdstuk 5). Ten derde hing sociale angst samen met denkfouten over het open zijn over je angst, terwijl openheid juist gerelateerd is aan aardig gevonden worden (hoofdstuk 5). Als laatste zijn er in de literatuur onderzoeken die laten zien dat sociaal angstige mensen minder aardig worden gevonden dan mensen die niet sociaal angstig zijn. Deze vier bevindingen samenvoegend, lijkt sociale fobie niet alleen gekarakteriseerd te worden door cognitieve denkfouten maar ook door een interpersoonlijk tekortkoming. Zo'n interpersoonlijk gebrek zou ertoe kunnen leiden dat mensen met een sociale fobie een negatieve impressie achter laten op anderen. Mogelijk zouden interventies die ingrijpen op interpersoonlijk gedrag van cliënten met een sociale fobie een toevoeging kunnen zijn op de huidige cognitieve behandeling van sociale fobie. Bijvoorbeeld door hen bewust te maken van het negatieve effect van hun veiligheidsgedragingen op anderen en het positieve effect die zelfonthullingen hebben in sociale interactie.

Conclusie

Dit proefschrift identificeerde drie typen denkfouten die een belangrijke rol spelen bij de in stand houding van sociale fobie: interpretatie en beoordelingsfouten in sociale situaties, de overschatting van een angstig uiterlijk en de onderschatting van sociale vaardigheden en de overtuiging dat een opmerking maken over je sociale angst leidt tot een kritische evaluatie. Daarnaast is een effectieve behandeling ontwikkeld om kern denkfouten in sociale fobie te veranderen. Dit proefschrift heeft niet alleen het begrip verhoogd van cognitieve processen bij sociale fobie, maar oppert ook essentiële interpersoonlijke problemen waar cliënten met een sociale fobie last van hebben. Deze interpersoonlijke problemen in sociale fobie wijzen erop dat niet alleen een cognitieve maar ook een interpersoonlijke benadering meer inzicht geeft in de instandhouding van sociale fobie. Voorgesteld wordt om ook in behandeling in te grijpen op deze negatieve interpersoonlijke patronen van cliënten met een sociale fobie.